



Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

88-89 | 2002

Médecine et biologie

La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique

Promotion des « nouveaux » modes de procréation

*The Production of a New Scientific-Biological Imagination. The Promotion of
« New » Modes of Procreation*

Laurence Gavarini



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/2819>

DOI : 10.4000/jda.2819

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2002

Pagination : 79-101

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Laurence Gavarini, « La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique », *Journal des anthropologues* [En ligne], 88-89 | 2002, mis en ligne le 01 juin 2003, consulté le 04 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/2819> ; DOI : 10.4000/jda.2819

Ce document a été généré automatiquement le 4 mai 2019.

Journal des anthropologues

La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique

Promotion des « nouveaux » modes de procréation

*The Production of a New Scientific-Biological Imagination. The Promotion of
« New » Modes of Procreation*

Laurence Gavarini

- 1 La médicalisation et la technicisation sans précédent qui s'appliquent à l'engendrement et à l'« entrer dans la vie »¹ nous laissent-elles entrevoir les contours d'une néo-anthropologie de la reproduction humaine ?
- 2 La notion de nouveauté, véhiculée dans les médias à l'endroit des dites « nouvelles techniques de procréation », autrement nommées procréation médicalement assistée (PMA), puis assistance médicale à la procréation (AMP), nous inclinerait à le penser. Mais au-delà des mots et de l'attrait affiché pour la « nouveauté », cette expérience humaine, partagée désormais dans son intimité avec le médecin et le biologiste, en sort-elle pour autant révolutionnée sur le fond ? Où se situe réellement la rupture avec « l'ancien » ? Tient-elle aux actes de laboratoire et à la sortie de la sexualité comme opération nécessaire à la reproduction ? A l'idée de disposer désormais de la science pour pallier défaillances biologico-somatiques et « inégalités » des individus en raison notamment de leur orientation sexuelle, devant l'acte procréatif ?
- 3 Il est un fait qu'au nom de la lutte contre la stérilité, au nom d'un « désir d'enfant » omniprésent dans le discours social et médiatique depuis les années 1980, de nouvelles prescriptions sanitaires et comportementales s'appliquent en premier lieu et massivement au corps et à la vie psychique² des femmes ayant recours à ces technologies biomédicales. Sans compter ce qui se joue, parallèlement pour toute grossesse, l'échographie et les multiples diagnostics néonataux exigent toujours plus de transparence et de prédiction et entraînent une pression normative accrue. Ainsi, à rebours de l'émancipation fantasmée, comme l'ont montré – est-ce un hasard ? – plusieurs auteurs féminins³, dès le début du développement de la fécondation in vitro, la face cachée de ces méthodes c'est d'avoir replacé les femmes dans une condition de

génitrices, dans une dépendance à l'égard de leur fonction de reproduction. Ce qui fait renouer singulièrement notre époque avec l'assignation des femmes si bien décrite par des anthropologues comme Nicole-Claude Mathieu, Nicole Echard ou Paola Tabet (Mathieu, 1985). La grossesse est devenue en quelques années un état pathologique et à risque.

- 4 Mais ce n'est guère cette dimension de l'assujettissement contenu dans les techniques de fertilisation qui aura entaché leur promotion dans la société. Car outre les progrès thérapeutiques manifestes toujours mis en avant, elles recèlent un certain nombre de rêves et de fantasmes technologiques allant de la guérison définitive du « mal d'enfant », aux desseins les plus excentriques que sont l'ectogénèse⁴, la grossesse masculine, la sélection embryonnaire, le clonage. L'imaginaire des chercheurs et des cliniciens rencontre au-delà d'un discours nataliste ambiant celui de celles et ceux qui aspirent à ce que les individus puissent un jour s'affranchir de la reproduction biologique et sexuée.
- 5 La rhétorique biomédicale justificatrice des procréations artificielles repose sur quelques arguments discursifs décisifs. Ainsi les méthodes de procréation assistée répondraient juste pour les spécialistes à la souffrance et au manque occasionnés par la stérilité ; elles seraient adaptées au désir conjugal d'avoir un enfant biologiquement à soi, ou à l'inquiétude parentale concernant la normalité de l'enfant à naître. En France, l'indication médicale pour accéder à ces méthodes s'oppose par contre explicitement à l'eugénisme et aux demandes dites de « convenance » comme à celles portant sur le sexe de l'enfant ou celles émanant de couples homosexuels, de célibataires, ou de femmes ménopausées. La frontière de la respectabilité de ces techniques a ainsi été tracée, en affranchissant d'une part l'essentiel des demandes conjugales par rapport aux anciens tabous et interdits⁵, tout en rejetant, d'autre part, par principe dans la déviance certaines d'entre elles jugées irrecevables.
- 6 En dépit de cette rhétorique, les PMA ont une logique interne d'hypercontrôle, quand elles ne représentent pas une mainmise biomédicale sur la grossesse et sur la santé néonatale des enfants. La pression sociale en faveur de la médicalisation de la procréation et l'injonction médicale au diagnostic faite aux patientes n'ont fait que croître et renforcer la normalisation de la reproduction humaine. Le dessein biopolitique envisagé par Michel Foucault en 1976 trouve ici une certaine application : « les phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine » sont en effet entrés de façon massive « dans l'ordre du savoir et du pouvoir, dans le champ des techniques politiques » (1976 : 186).
- 7 La stérilité est sortie certes des silences, de la culpabilité et de la honte, cependant cette réalité coïncide avec l'émergence de la notion de « couple stérile ». On arrive donc à « inventer » une pathologie désignée comme telle par la médecine dans le champ de la conjugalité. Subitement, l'association de deux individus, dont la plupart du temps un seul est effectivement infertile, est devenue synonyme d'unité organique, de communauté atteinte somatiquement, à la manière d'une maladie contagieuse. Ce schéma « conjugaliste », associant deux individus indistinctement dans la stérilité sans que soit toujours établie une cause somatique ou biologique précise chez l'un ou l'autre partenaire, a servi de matrice aux revendications que l'on a regroupées sous le terme de « droit à l'enfant », droit dont se sont emparés les couples homosexuels. En bonne logique, un couple homosexuel équivaut à un couple stérile, donc ce qui est permis aux uns devrait l'être aux autres, dans une société libérale et non discriminatoire à l'égard des individus.

- 8 Précisons ici que l'artificialité dont il est sans cesse question quand on parle de PMA peut être entendue de plusieurs manières. Le caractère artificiel de la PMA renvoie de prime abord aux applications d'une technologie médicale lourde aux corps humains infertiles, à l'activation des matériaux biologiques de la reproduction in vitro, à un « faire semblant » par lequel la médecine entend résoudre, grâce à des assemblages en laboratoire, ce que la « nature » ne parvient pas à produire. Une « nature » bien évidemment reconstruite depuis l'univers paradigmatique de la technoscience biomédicale. Pour ne citer qu'un exemple : la fécondité des rapports sexuels est reconnue pour être spontanément assez faible et, donc, la fertilité est toujours une affaire de temps. Or, sous la pression de la PMA, les contre-performances des couples ayant programmé une naissance sont très rapidement considérées comme une stérilité.
- 9 Mais une autre artificialité de la PMA tout aussi intéressante est constituée par le montage symbolique (dans le sens où Yan Thomas parle de la filiation comme d'un « artifice légal »⁶), à travers lequel sont désormais associés à la procréation de nouvelles figures, des « tiers » : ce peuvent être un tiers technicien (médecins ou biologistes), ou bien des tiers pourvoyeurs de substances (donneurs et donneuses de gamètes ou d'embryons). Ces « tiers » font partie d'une nouvelle configuration de l'enfantement qui échappe à la conjugalité et à son intimité. Comme l'avait lancé Geneviève Delaisi de Parseval : « on fait l'enfant avec le médecin ! » (1985). Cette médicalisation, outre de mettre en œuvre de nouvelles représentations, caractérise l'artificialisation qui aboutit dans certains cas à bousculer les règles de la filiation traditionnellement reconnues pour les naissances intra conjugales.

L'enfant « artificiel »⁷, un siècle de débat

- 10 A la fin du XIX^e siècle, déjà, un médecin, le docteur Gérard, avait été à l'origine d'un véritable scandale en s'étant fait pour spécialité d'être inséminateur de femmes infécondes⁸. Ce que l'on appelle à l'époque « fécondation artificielle » se limite en fait à une insémination intra conjugale, le médecin déposant la semence du conjoint dans le sexe de la femme. Cette technique très simple était destinée à pallier certaines formes d'infertilité masculine, telles que celles liées à l'impuissance, ou à une malformation organique. Elle n'en provoque pas moins de vifs débats dont les termes sont les suivants : les médecins avaient-ils le droit de s'immiscer dans la vie intime des couples ? La procréation pouvait-elle procéder d'une technique médicale ?
- 11 Le monde littéraire et scientifique, l'université, la justice elle-même furent amenés à débattre de la légitimité de ces actes pratiqués par des médecins, qu'Alexandre Dumas fils qualifiait d'« injections de paternité » (1888). Ce qui était en jeu c'était la place que la médecine cherchait à occuper et son intrusion dans la sexualité. « La morale doit-elle tolérer cette pratique ? » s'interrogeaient les uns. « N'est-elle point préférable à l'adultère ? » plaidaient les autres. En relation avec ce questionnement se posait également la question de savoir si l'enfant né de ce « commerce » serait ou non normal.
- 12 Cette réticence de principe à la procréation sans sexualité ni passion au moment de la fécondation, on la retrouvera un siècle plus tard, mais bien atténuée, à propos des développements de techniques plus sophistiquées impliquant des actes de laboratoire : fécondation, congélation et stockage des embryons humains et des gamètes. Toutefois, bien que radicalement étrangères à l'enfantement « naturel » lié à l'acte sexuel, ces

techniques ont été acceptées par la société sans provoquer beaucoup de défiance, si ce n'est à propos des problèmes de gestion qu'elles posaient. Rares ont été les enquêtes ou études cliniques demandées à propos des enfants conçus par fécondation in vitro⁹. On s'est employé au contraire à affirmer une équivalence entre toutes les naissances quel que soit le mode de procréation.

- 13 A la fin du XX^e siècle, c'est essentiellement la problématique de la filiation qui questionne les esprits. La fécondation in vitro, le don et la congélation d'embryons, introduisent une discontinuité temporelle au sein de la génération humaine, et provoquent, le cas échéant, une discontinuité entre géniteurs (donneurs de gamètes et d'embryons) et parents (receveurs). Ces interrogations ont trouvé après une dizaine d'années de tâtonnements une réponse législative, avec les lois de 1994 dites de bioéthique. Pour le reste, on a pris le parti de banaliser les naissances issues de ces techniques. Deux points ont toutefois focalisé quelques inquiétudes : d'une part les effets de l'anonymat et du secret lorsque ces procréations ont recours à des donneurs et, d'autre part, le risque de surprotection éventuelle d'enfants hyperinvestis et pouvant présenter un syndrome « d'enfant vulnérable ».
- 14 Autant dire qu'aujourd'hui le procédé de fécondation artificielle n'est plus perçu comme scandaleux. Se préoccupe-t-on encore de « penser » ce qu'il implique ? Le signifiant « artificiel » semble pour sa part tomber progressivement dans l'indifférence et avoir considérablement perdu de sa charge émotionnelle négative. D'aucuns pourront voir une émancipation idéologique et morale dans la banalisation de cette pratique, d'autres un déni de ses implications affectives et sexuelles...
- 15 Le trouble socialement ressenti pendant les années 1980-1990, si on peut le résumer en quelques mots, a tenu principalement à la revendication de l'accès à ces techniques de la part d'individus ou de groupes de pression au nom d'un « droit à l'enfant » allant contre les règles produites par l'institution médicale. Ces règles qui s'appuient sur des valeurs médicales cardinales, supposent que l'accès à la procréation médicalement assistée respecte les conditions suivantes : couple hétérosexuel stable dont la femme est en âge de procréer, anonymat et gratuité du don de gamètes et d'embryons, stérilité conjugale avérée et médicalement constatée, indications thérapeutiques à l'exclusion de toute autre. La médecine a acquis en effet un statut d'acteur indiscutable dans ces « transactions », et elle a réussi à convaincre la société, en quelques décennies, de la nécessité de son monopole de gestion en la matière et du bien-fondé de ses prescriptions.
- 16 Autre temps, autres mœurs ? Ce n'est pas sûr. L'enjeu de ces techniques, y compris lorsqu'elles se réduisaient à de très sommaires interventions, a toujours résidé dans la possibilité de les assimiler aux représentations de leur époque. Aujourd'hui, tant la fonction médiatrice de la médecine que l'introduction de la technique et de la science biomédicale au cœur de la relation sexuelle et conjugale ne semblent plus faire flamber les passions, ni même provoquer de réserves. La génération de la « libération sexuelle » ne s'est pas montrée choquée de l'introduction de tiers, médecins et biologistes, donneurs et donneuses, dans la procréation. Il est probable que cette transaction médicale qui apporte au traitement de l'infertilité, voire aux problématiques homosexuelles d'enfantement, neutralité et technicité, soit même au principe du succès actuel de la dite assistance médicale à la procréation. Toujours est-il que le médecin occupe désormais une place reconnue de tous, un rôle de conseil privilégié pour l'ensemble des questions concernant tant la sexualité que la procréation. L'institution médicale, en enveloppant le processus de la reproduction dans l'anonymat et le secret, en le recouvrant d'une

rationalité thérapeutique, neutralise d'ailleurs cette dimension de la sexualité, si ce n'est le fantasme d'adultère à l'œuvre. Elle participe à la réification des « matériaux biologiques », prélevés et stockés par ses soins, elle en orchestre la circulation entre les offreurs et demandeurs, elle gère l'évitement des rencontres entre les « partenaires » de la procréation, dans une sorte de « ni vu, ni connu ». Voici un des points sur lesquels se différencient les pratiques d'hier et d'aujourd'hui expliquant la moindre passion qu'elles suscitent dorénavant, la question sexuelle étant définitivement cachée. Les « bio-médiateurs » sont nés. Et si cette figure permet de refouler ici la sexualité et les fantasmes qui l'accompagnent, un autre imaginaire – génétique – a pris le relais : on assiste à une biologisation dans le réel, qui s'étaye sur le substrat des gènes, une sorte de vérité par le gène, tant en ce qui concerne la paternité que les représentations de la filiation et de l'hérédité.

- 17 L'enfantement « artificiel » n'est peut-être plus le « bricolage sexuel » qu'il fut au XIX^e siècle. Du moins le récit d'anticipation qui l'accompagne s'emploie-t-il à en effacer toute trace. Il s'est en effet progressivement construit sous la plume de plusieurs de nos contemporains (médecins, scientifiques, journalistes, notamment) entre deux figures extrêmes : d'une part Prométhée et, d'autre part, le *Meilleur des mondes*. La démiurgie du Titan et la rationalisation industrielle de la reproduction humaine en laboratoire. D'un côté donc la création de l'homme, de l'autre la fabrique eugénique des individus. La facette la plus futuriste de ce récit concerne le projet de s'affranchir dans un premier temps de la sexualité pour procréer et, dans un avenir proche, de promouvoir la grossesse en machine. Projet dont il est dit qu'il recèle deux vertus : l'émancipation des femmes de la maternité biologique et la réalisation d'une parité radicale entre les sexes¹⁰.
- 18 C'est donc au nouage des techniques biomédicales et du discours biologique, avec tous les ajustements imaginaires qu'il suppose de la part des individus qui s'y soumettent, que l'on peut voir fonctionner, en paraphrasant Pierre Darmon (1981), une sorte de mythe de la procréation postmoderne. C'est ce que suggérait l'observation des pratiques de la fécondation in vitro durant une dizaine d'années (1984-1994). L'on s'activait manifestement à produire du sens aux transformations de la procréation, à inventer des significations imaginaires sociales (Castoriadis) nécessaires à l'institutionnalisation de la PMA. Cet imaginaire, si fantasque soit-il, a sans aucun doute partie liée aussi avec les transformations dans la société du rapport à la parentalité et à la filiation.
- 19 En 1982, lorsqu'est annoncée en France la naissance d'Amandine (première née de la FIV), et que sont immédiatement promus dans les médias ses « pères » (sic), le médecin René Frydman et le biologiste Jacques Testart, la société tout entière est convoquée à leur chevet. La scène de la procréation se déplace du sérail conjugal vers celle de la médecine et des laboratoires biologiques. Les métaphores et métonymies fleurissent dans les médias. On y parle : des « enfants de la science », « bébés éprouvettes », « bébé de la dernière chance », « enfant artificiel », « bébé in vitro ». Cette production sémantique s'accompagne de nouveaux signifiants plus technologiques qui vont servir à nommer des nouveautés en matière de procréation : ainsi en sera-t-il du « projet parental », de la « demande d'enfant », de la mère « gestatrice », du « père IAD », de la donneuse d'ovocyte, de la « mère porteuse », de la « maternité de substitution », des « embryons surnuméraires », etc. qui ne font que révéler la démultiplication des figures, des temps, séquences et lieux de la procréation.
- 20 Pour pouvoir le saisir encore fallait-il s'éloigner des feux de « l'actualité » construite ainsi, aller cueillir les pratiques sur le terrain : comment se passe in situ, dans le plus

quotidien d'un laboratoire de fécondation in vitro cette nouvelle « fabrique » de l'homme, dans l'évitement de la sexualité¹¹ ? Comment peut prendre place, dans ces laboratoires et hôpitaux, l'histoire intime des gens stériles « ordinaires » recourant aux nouvelles techniques de « guérison » ? Comment, au fond, peut tenir leur « désir d'enfant » et peut « arriver » un enfant au milieu de ces techniques ?

- 21 Ces lieux de fabrication, de congélation et de stockage paraissent étrangement vides des personnes concernées. Quelques silhouettes, seulement, de patients en transit, les traversent pour une opération brève, comme le recueil du sperme ou le transfert d'embryons. La présence de ces sujets en pointillés est le reflet de la discontinuité propre à la FIV. Son déroulement implique, en effet, des ruptures spatio-temporelles qui ne facilitent guère une appropriation des lieux et la subjectivation de l'opération en cours. On se dit que c'est peut-être à ce prix – l'absence, le silence – que l'activité psychique, dans ces circonstances, peut se maintenir, et les rêves d'enfants continuer.
- 22 Pour les femmes, le changement produit par la FIV est radical. Elles expérimentent un nouveau rapport à la procréation scandé par cet en dehors du corps, celui-là même qui a universellement défini la position des hommes par rapport à leur progéniture, et a d'ailleurs toujours frappé la paternité d'un certain doute. Cette analogie a pris d'autant plus de consistance qu'à l'atomisation de la procréation et à son extracorporéité, s'est ajoutée une incertitude technique tenant au résultat aléatoire de toute l'opération. On est là en effet dans une pure abstraction statistique : une probabilité d'enfant tenant au « score » annoncé d'une équipe biomédicale. Elles ont à penser, rationnellement, le sort des embryons « fabriqués » en surnombre, et donc comment vont s'échelonner leurs maternités dans le temps. Ici la procréation a en effet commencé sans que les femmes soient enceintes. La gestation est différée par rapport à la fécondation, et cela peut durer plus ou moins de temps. Elles sont conduites à emprunter une voie proche de celle suivie par les femmes adoptantes, pour qui l'enfant arrive au terme d'un long cheminement, à travers de multiples consultations et médiations, parfois à visages découverts, parfois aussi anonymes.
- 23 La mise hors-corps de la procréation aboutit surtout à des modalités telles que les positions sexuées se trouvent désormais confondues. Qu'entend-on et que voit-on qui nous fasse percevoir cette confusion sexuelle ? En « protocole FIV », les substances germinales féminines (ovocytes), après avoir été stimulées (pour donner une polyovulation), après que l'ovulation ait été programmée, après avoir été prélevées chirurgicalement, après avoir été fécondées, ne sont guère plus que des gamètes, équivalentes aux spermatozoïdes. Elles sont, à l'issue de ces opérations, devenues des matériaux de reproduction biologique, hors-corps, hors rythmes ovulatoires, en quantité plus ou moins suffisante, de qualité plus ou moins bonne. Pour les obtenir, on a suspendu ce qu'un endocrinologue avait qualifié de « fonctionnement anarchique de la mécanique ovulatoire » ! Donc plus d'anarchie de la physiologie féminine : la FIV organise une symétrie totale entre les sexes, mettant en équivalence les femmes et les hommes devant cette expérience de la procréation, jusqu'ici radicalement différente. Les cartes sont brouillées.
- 24 L'observation empirique confronte à une autre dimension cachée, ayant à voir avec une « scène primitive » en différé et en grand ; une scène où la sexualité est là, aseptisée par l'hôpital, par la suspension du temps et l'évitement des rencontres. Cette sexualité, dans son versant « cru », surgit au travers d'histoires dignes des salles de garde que l'on vous raconte, pour « tuer le temps » ou mettre à l'épreuve les observateurs et visiteurs au

moment où ils acceptent de boire le café qui leur est tendu, malgré la mise en garde sur le contenu de la tasse – du sperme !

- 25 Nous sommes en train d'ouvrir, sans vraiment le mesurer un chapitre de l'histoire de la sexualité que Foucault n'a pas écrit, mais dont il avait eu pour le moins l'intuition. Le protocole médical tranche la procréation en de multiples étapes, lesquelles, normalement, tendent à se confondre psychiquement et imaginativement lors d'une procréation ordinaire qui, à la différence de la FIV, n'obéit pas à une logique de « leçon de choses ».
- 26 Ce serait un peu facétieux de soutenir que sur cette scène de la procréation médicalisée, le signifiant « corps médical » prend tout son sens corporel. Mais penser l'anthropomorphisme des lieux ne nous vient pas par hasard : « ça c'est notre ventre à nous, notre utérus », « il est à la température du corps de la femme ! » me disait le biologiste pour caractériser cette couveuse reconvertie par ses soins en appareil de fécondation. L'inconscient organisateur de la fécondation en laboratoire semble avoir marqué l'espace d'une sorte de mimétisme du coït impossible et interdit en ce lieu. Comme si le modèle orthopédique devait se rapprocher le plus possible de la « réalité » sexuelle, l'imiter, fut-ce dans une sorte de grande métaphore spatiale perceptible dans l'agencement des lieux, dans les énoncés de leurs acteurs, la circulation des corps et des gamètes.

Production scientifique d'une nouvelle normativité subjective

- 27 Les questions soulevées par la médicalisation de la procréation nous portent aussi vers ce qui se trame entre la génétique, la médecine et le sujet humain. Les « bricolages » auxquels je me suis intéressée ne sont pas seulement les grands projets fréquemment présentés comme « fous » et que je considère comme aveuglants de par leur sensationnalisme, comme celui de cloner l'humain ou de lire toute la carte du génome et de son séquençage. Mais plutôt les « petites » avancées en la matière, celles plus discrètes, moins éclatantes que sont les mouvements des idées et des représentations. Par exemple, le fait que nous nous posions la question en ces termes : « Est-il éthique de cloner l'être humain ? » « Qui est le père, qui est la mère lorsque la médecine fait intervenir des gamètes ou des embryons issus de donneurs ? » « On aurait isolé aujourd'hui le gène de la schizophrénie. Cette découverte va-t-elle révolutionner leur prise en charge ? », etc.
- 28 En fait, ce sont, plutôt que les faits scientifiques et techniques eux-mêmes, les énoncés par lesquels est produit l'événement et par lesquels passent les nouvelles représentations qui retiennent notre attention. A travers ces interrogations et significations nouvelles dans leur fondement mais aussi dans leur énoncé moral, on peut percevoir la mise en forme d'une pensée normative sur le sujet humain où une part croissante de vérité est accordée aux énoncés scientifiques et aux tests sur lesquels reposent la science. La médecine de la reproduction, la génétique, la médecine néonatale sont au cœur de ce processus en raison de l'extension progressive de leur champ de compétence de la classique fonction thérapeutique vers des fonctions prédictives aux effets normatifs plus ou moins perçus. Elles participent, contraintes et forcées, à la « gestion des risques » (Castel) néonataux et, ce faisant, à l'édiction progressive de la norme¹². Cette fonction normative ne cessera pas à la naissance et trouvera des prolongements durant toute l'enfance avec le classement médico-psychologique des enfants, dès la crèche.

- 29 Depuis mon travail de recherche sur le diagnostic prénatal (DPN) qui remonte aux débuts des années 1990, le développement des technologies s'est accéléré, en particulier avec la mise au point de sondes de diagnostic de plusieurs maladies génétiques sur l'embryon *in vitro* (diagnostic préimplantatoire, DPI), et grâce à l'échographie en trois dimensions, améliorant la fiabilité et la précocité des diagnostics fœtaux *in utero* (l'amniocentèse, notamment). A la faveur de ces développements la normativité médicale ne manque pas de s'intensifier, au soulagement apparent des parents inquiets, mais sans que soit toutefois épuisée la question du risque eugénique. Question que Jacques Testart continue inlassablement de soulever en raison de la progression des techniques¹³. J'ai, quant à moi, tenté d'articuler une nouvelle réflexion sur cette question en montrant comment l'eugénique avait changé de registre et de modalités de décision et d'application. C'est à mon sens sur le terrain des pratiques sociales que l'on peut repérer les nouvelles attitudes et une certaine « normopathie », une certaine manie de la normalité. Parfois, avec les pratiques sociales, la réalité dépasse la fiction. Nous en avons vu récemment un exemple avec « l'arrêt Perruche » qui conclut qu'un handicapé de naissance a le droit d'ester en justice et d'obtenir réparation pour le fait d'être en vie, dès lors qu'une négligence médicale n'a pas, par défaut de diagnostic rigoureux, permis à la mère d'interrompre sa grossesse. Sous la notion de préjudice de la naissance, s'infiltré peu à peu l'idée d'un droit à être normal, sans que nous percevions le caractère pathétique de cette nouvelle requête subjective.
- 30 La science médicale nous propose son discours sur l'humain à venir : s'en dégage un individu dont les questions existentielles — que ce soit l'origine, la filiation, le corps, la maladie, la mort, l'activité psychique, le « destin » — devraient pouvoir trouver une réponse et une solution scientifiques. Les représentations peuvent-elles encore être subjectivées lorsque toute activité est réduite à une combinatoire de gènes, de neurones, de chromosomes, de protéines ? Lorsque l'avenir semble tracé par le patrimoine génétique, dont il suffirait de lire le programme, ce que la science promet pour bientôt ? « L'homme à livre ouvert », titrait ainsi la presse¹⁴ pour saluer l'annonce du séquençage quasi total de l'ADN humain à l'été 2000. Comment percevoir les fondements de cette idée autrement que comme réductionniste par rapport à la construction complexe de l'homme que les sciences humaines proposent et qui relie symbolique et sens, dans une configuration sociale, imaginaire et politique.
- 31 La mise en garde contre ces affirmations aussi médiatiques que sommaires n'a pourtant pas manqué. Ainsi un généticien de premier plan comme Axel Kahn a tenté de prévenir ces exagérations. Il résumait de façon imagée l'évolution du rapport au destin et à la prévision : « Le destin est écrit, pensaient les Grecs. Il est inscrit dans des êtres biologiques soumis aux mécanismes de l'évolution, propose la lecture sociobiologique du darwinisme. Il peut être lu dans ce grand livre de l'homme qu'est le génome humain, se laissent parfois aller à affirmer des généticiens imprudents ou idéologiquement marqués » (2000a : 14). Le même généticien a développé par ailleurs plus longuement une argumentation de la même eau, explicitement ferme vis-à-vis de tout schéma déterministe et transparent concernant l'humanité. Il défend un « principe d'indéterminabilité », qui maintient possible l'idée de liberté et de libre arbitre (2000b : 195). Notions qui bien évidemment sont parlantes pour les sciences humaines, plus sans doute que pour la science médicale et biologique.
- 32 Le déchiffrement, le décodage et – c'est le plus usité aux USA – la cartographie (*mapping*) sont, parmi d'autres, les termes les plus récurrents par lesquels on a fait passer le *Human*

Genome Project (HGP) depuis sa création en 1990. On ne pouvait mieux attirer l'attention, que par ce vocabulaire, sur ce projet de mise au point d'une technique de lecture et d'interprétation du patrimoine génétique de l'homme. Certains commentaires pousseront même la métaphore de l'apprentissage de la lecture jusqu'à dire que le génome est un alphabet, qu'il conviendra d'articuler ensuite dans une lecture plus globale. De là à considérer que la génétique pourrait servir de nouveau grand récit des origines, il n'y a qu'un pas, si l'on suit le discours dominant actuel.

- 33 Ce nouveau regard et ce discours scientifique sur l'homme participant, là encore, de ce que Michel Foucault qualifiait de « bio-pouvoir », « pouvoir d'investir la vie de part en part » (1976 : 177-211). Il me semble qu'aujourd'hui ce pouvoir est devenu non seulement technologique et scientifique, mais aussi discursif : il s'agit de produire du discours et du sens scientifique à visée anthropologique. Sa souveraineté est assurée dès lors que nous pensons possible que soit traitée, par la médecine, la quasi-totalité de nos maux et malaises somatiques et subjectifs et que soient résolues par la science nos questions philosophiques, voire spirituelles.
- 34 C'est un fait : la médecine et la science ne cessent de nous asséner leur vérité biologique sur les sujets que nous sommes : elles nous disent, tests génétiques à l'appui, qui est le père, mais aussi qui sont le criminel et le coupable, elles nous délivrent, dans l'œuf, des mystères de notre devenir génétique, elles objectivent, par des tracés cérébraux, les comportements des enfants hyperactifs et ceux des « apprenants », enfin, elles détiennent la clef de nos « passions ». Georges Canguilhem avait montré le rôle de la médecine dans la production du normal et du pathologique. Ce mécanisme n'a fait que se renforcer : on assiste en effet à la médicalisation de questions qui ne relèvent plus strictement de la médecine et des corps malades, mais d'une médecine des comportements et des âmes. Par exemple : actuellement, on traite fréquemment par médicament des enfants qui posent problème au plan scolaire. Ces enfants que l'on dit « agités » et qui présentent ce qui est répertorié par le DSM IV¹⁵ comme « déficits de l'attention et des troubles d'hyperactivité »¹⁶.
- 35 La médecine et la science dessinent « l'homme neuronal » cher à Jean-Pierre Changeux (1983). Cet homme au cerveau génétiquement programmé, aux comportements innés, mais aussi aux influences épigénétiques complexes, possède, écrit-il, des « mémoires cérébrales de longue durée, transmises d'une génération à l'autre par des mécanismes neurobiologiques qui constituent une contrainte évidente de la biologie dans la transmission et dans l'évolution des normes sociales et morales » (1998 : 231). La neuro-science biomédicale constitue pour lui une grille de lecture biologique des comportements humains et des comportements sociaux, une sorte d'intelligence scientifique de l'histoire collective et de l'individuation dont il fait la résultante d'une « physiologie de l'empreinte culturelle » (*ibid.* : 234). Mais cela n'est pas tout, le président du Comité national d'éthique, qu'est alors Changeux, entend également fixer le substrat neurobiologique « d'un sujet moral » (*ibid.* : 17) et établir un « fondement naturel » à l'éthique et aux questionnements de ses contemporains. Ce que lui conteste Paul Ricoeur.
- 36 Le bio-pouvoir se fonde ici sur un réductionnisme manifeste consistant, au-delà de la promesse d'un avenir amélioré, à soutenir que seul l'énoncé scientifique est irréfutable, de par sa matérialité. La vérité est donc un résultat, le résultat de ce qui est scientifiquement établi, ce qui peut être prouvé, par les gènes et par le substrat biologique. D'où les dérives spectaculaires dont retentissent la presse « people » et les prétoires où l'on feint de croire que les tests génétiques pourraient révéler à coup sûr les secrets de famille de

« l'affaire Grégory », ou débouter les fausses recherches en paternité – on se souvient des titres sur « la vérité sur Yves Montand : Aurore n'était pas sa fille, l'ADN de la dépouille a parlé ! ». Arbitre des haines et grande ordonnatrice des réparations, la science – en l'occurrence la génétique – doit dire le vrai et le faux. Il ne s'agit évidemment pas de nier ou de dénier sa contribution à l'établissement de faits, jusqu'ici restés dans l'ombre des secrets subjectifs et des non-dits des familles, mais d'interroger cette fonction de fabricant de preuves qu'on lui confère, à l'exclusion de toute autre, et en particulier sans analyser le sens et la « vérité » construits par les sujets ou par les témoins de l'histoire.

- 37 La « volonté de savoir » qui accompagne le développement des techniques de diagnostic et d'empreintes génétiques se fait de plus en plus impérieuse. Ainsi, le professeur Malaury, un juriste, évoquant récemment la recherche de paternité via la technologie d'identification de l'ADN, affirme que depuis que l'on a acquis la certitude de la preuve de paternité grâce aux tests génétiques, « on ne peut plus se passer de la science », même s'il sait bien que jusque-là on avait un tout autre rapport à cette « preuve de paternité »¹⁷, celle-ci n'étant ni fondée, ni recherchée sur le plan biologique. A la question de savoir si l'on peut, en présence d'un père putatif, enquêter génétiquement, au risque de découvrir un géniteur réellement différent, il répond que la pression de la « vérité » est telle que l'on ne pourra plus, désormais, renoncer aux tests génétiques permettant de l'établir.
- 38 Une opinion dominante¹⁸ se forme donc, peu à peu, selon laquelle on ne peut plus se dérober devant l'usage des tests. Car une telle dérobade serait la marque d'une volonté de ne pas savoir, voire de faire taire, un demi-aveu d'une « faute » en quelque sorte. A ce risque d'une culpabilité par défaut, s'ajoute le soupçon d'obscurantisme, qui aura vite raison des attitudes les plus réservées face aux tests. Révéler à l'individu d'où il vient, en lui livrant la vérité brute et incontestable sur ses origines – par les empreintes, mais aussi par l'authentification des gamètes ayant servi à la fécondation – n'est-ce pas tendre, suggèrent même les partisans des tests, vers la prévention scientifique des névroses et des traumatismes liés aux secrets de famille ? La science, pouvant prédire ce qu'il adviendra – grâce par exemple au diagnostic génétique prénatal – elle est même créditée par avance d'une capacité de prévention des souffrances inutiles face à telle ou telle maladie.
- 39 Si l'on pousse un tel raisonnement jusqu'au bout, la génétique pourrait triompher des résistances que suscite, chez beaucoup d'entre nous, son projet de connaissance et de transparence des sujets humains. Car c'est un fantasme collectif tenace, celui qui consiste à penser que, grâce à la médecine, on viendra à bout de l'ensemble des symptômes et des souffrances somatiques et psychiques. Il atteint son paroxysme avec cette croyance que l'on réussira à s'affranchir de la mort, notamment grâce à la promesse scientifique d'une forme d'immortalité qui pourrait s'accomplir par le truchement du clone. Ne le considère-t-on pas comme un double mis hors l'épreuve du temps, un véritable réservoir de pièces de rechange, où l'on pourra puiser allégrement pour jouir d'une sorte d'éternelle jeunesse ?
- 40 Une métaphore – les corps transfigurés –, que propose Michel Tibon-Cornillot (1992 : 287), signale clairement le franchissement d'une étape dans la « transformation » des corps et dans leur « mécanisation ». En même temps, il nous invite à dialectiser la contradiction apparente dans laquelle nous nous trouvons entre le projet scientifique de « transformer le monde et plus particulièrement le corps humain » et celui « de maintenir l'intégrité des corps actuels » (*ibid.*), fut-ce par des moyens orthopédiques et artificiels. Le philosophe nous engage ainsi à envisager l'enjeu de ce qui se produit aujourd'hui non seulement comme une succession d'avancées et de progrès scientifiques, mais aussi

comme une mutation, organisée par elle-même, de l'espèce *homo sapiens*. Tibon-Cornillot en recherche les sources dans l'imaginaire occidental et dans ce qu'il perçoit de sa « raison militante » à l'œuvre dans les sciences.

- 41 Dépassant largement la stricte question de la procréation et de la filiation, le regard porté sur le corps et son « gouvernement », sur l'individu et la personne a changé depuis une trentaine d'années avec les neurosciences et la génétique. Elles nous dessinent un corps qui serait comme un territoire où s'expriment des gènes, des neurones, des neurotransmetteurs, de la sérotonine et des neuromédiateurs. Ce rapport scientifique au corps, cette nouvelle « grammaire » qui nous est proposée, ont prise sur la société dans la mesure où ils y sont relayés par des représentations sociales et subjectives. Mon travail sur les procréations médicalement assistées et, plus généralement, sur le rapport à l'enfantement et au diagnostic prénatal s'est employé à en dessiner quelques-uns des contours. Rien ne prouve pourtant aujourd'hui, en dépit d'un évident intérêt collectif face à la promesse médicale, que les individus ne manifestent pas quelques résistances encore quelques années à la « transfiguration » annoncée.
- 42 Récemment le psychanalyste Jean-Pierre Lebrun rappelait que la science fournit un discours d'énoncés, « un ensemble acéphale de dits », qui se veut discours de vérité mais qui opère toujours au détriment de l'énonciation et de ses attributs subjectifs (1998 : 59). Pierre Legendre, dans un travail déjà quelque peu ancien *Les enfants du texte* (1992), avait introduit une critique du discours de la génétique et mis en garde contre les dérives auxquelles nous serions entraînés en y souscrivant. Le sujet est, selon sa formule, « institué » par la parole et par le texte. Ce qui porte le juriste qu'il est à faire entendre, contre les énoncés « véridiques » de la génétique, que l'on ne peut pas faire du symbolique en donnant la parole à des bouts d'ADN ou à des bouts de chair. Cela ne surprendra pas ceux qui articulent encore les catégories du biologique et du symbolique, au-delà du réel des matériaux, fussent-ils humains, à des significations sociales et imaginaires.

BIBLIOGRAPHIE

CHANGEUX J.-P., 1983. *L'Homme neuronal*. Paris, Fayard.

CHANGEUX J.-P., 1998. *Ce qui nous fait penser la nature et la règle* (entretien avec Paul Ricœur). Paris, Odile Jacob.

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, 1995. *Génétique et médecine : de la prédiction à la prévention*, Rapport éthique et Avis (30 oct.).

D'ALSACE R., 1926. *L'enfant artificiel*. Paris, éd. Georges Anquetil.

DARMON P., 1981. *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*. Paris, Seuil.

DELAISI DE PARSEVAL G., 1989. « Procréations artificielles et intérêt de l'enfant », *Etudes*, 370/2 (fév.).

- DELAISI DE PARSEVAL G., JANAUD A., 1985. L'enfant à tout prix. Essai sur la médicalisation du lien de filiation. Paris, Seuil (2^e édition).
- DELAISI DE PARSEVAL G., VERDIER P., 1994. *Enfant de personne*. Paris, Odile Jacob.
- DUMAS fils A., 1888. *Documents humains*. Lettre à Dubut de Laforest. Paris, E. Dentu (3^e édition).
- FOUCAULT M., 1976. « Droit de mort et pouvoir sur la vie », in *Histoire de la sexualité, la volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- GAVARINI L., 1989. « Fécondation artificielle : un débat centenaire », *La Recherche*, 213 (sept.) n° spécial « La sexualité ».
- GAVARINI L., 1990. « Experts et législateurs de la normalité de l'être humain », in TESTART J. (dir.), *Le magasin des enfants*. Paris, F. Bourin.
- GAVARINI L., 1995. « L'irrésistible évocation du sexuel dans la mise en scène de la Procréation Médicalement Assistée », *La lettre*, 20 (été) n° spécial « L'enfant et le sexuel ». Paris, GRAPE-ERES.
- GAVARINI L., 2001. *La passion de l'enfant, Procréation, Filiation, Education à l'aube du XIX^e siècle*. Paris, Denoël.
- GELIS J., LAGET M. & MOREL M.-F., 1978. *Entrer dans la vie*. Paris, Julliard (Archives).
- KAHN A., 2000a. « Les enjeux éthiques de la génétique », *Le Monde*, 15 février : 14.
- KAHN A., 2000b. *Et l'Homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme*. Paris, Nil éditions.
- LEACH G., 1973. *Les biocrates. Manipulateurs de la vie*. Paris, Seuil.
- LEBRUN J.-P., 1998. *Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social*. Paris, ERES.
- LEGENDRE P., 1992. *Etude sur la fonction parentale des Etats. Les enfants du texte. Leçons VI*. Paris, Fayard.
- MATHIEU N.-C. (dir.), 1985. *L'arraisonnement des femmes*. Paris, EHESS, les Cahiers de L'Homme.
- TESTART J. (dir.), 1990. *Le magasin des enfants*. Paris, F. Bourin.
- THOMAS Y., 1998. « L'union des sexes, le difficile passage de la nature au droit », *Le Banquet*, revue du CERAP, 12-13.
- TIBON-CORNILLOT M., 1992. *Mécanisation du vivant et imaginaire de la biologie*. Paris, Seuil.

NOTES

1. J'emprunte cette expression au travail historique de Jacques Gélis, Mireille Laget et Marie-France Morel (1978) pour caractériser un processus plus global que le seul moment de l'enfantement.
2. Ainsi René Frydman, gynécologue pionnier de la FIV a littéralement inventé une nouvelle spécialité médicale : la « médecine du désir », faisant bien entendre l'extension de l'intervention médicale, du corps vers la vie psychique.
3. Pensons ici aux travaux qui ont contribué à mettre en évidence, au-delà du discours thérapeutique convenu sur le malheur et la souffrance de la stérilité, le caractère expérimental des techniques tant au plan somatique que subjectif, les coûts psychiques, physiques et financiers du « désir d'enfant », loin d'être également partagés entre les hommes et les femmes confrontés à l'infécondité. Cf. sur ce point les écrits de Nicole Athea, Marie-Magdeleine Chatel,

Françoise Laborie, Valérie Marange, Monette Vacquin, Louise Vandelac, Anne-Marie de Vilaine, notamment Jacques Testart (1990).

4. Le terme signifie « grossesse » ou gestation en dehors du corps féminin.

5. Comme je l'ai rappelé dans Gavarini (2001), en 1969 lors des premières tentatives de fécondation en éprouvette par Edwards en Angleterre, les réticences ont été légion face à ces expériences de laboratoire. Ainsi, Gerald Leach, un journaliste scientifique, juge lointaines les perspectives d'une utilisation délibérée de la fécondation in vitro à des fins thérapeutiques : « Un pas restera à franchir car les œufs, alors, ne proviendront plus d'opérations thérapeutiques mais des ovaires mêmes de la femme intéressée [...]. Il faudra aller les y prélever en pratiquant une légère incision dans sa paroi vaginale ». Avant de réussir, Edwards s'est essayé durant quelques années à féconder des ovocytes prélevés chez des femmes à l'occasion d'interventions chirurgicales pour divers types d'affections gynécologiques ou lors de stérilisations. A l'effraction que subit obligatoirement le corps des femmes dans le but d'une fécondation en laboratoire, s'ajoutent des difficultés moins techniques que morales : la « culture des œufs humains hors du corps de la femme » est alors qualifiée de « sérieuse entorse à la tradition ». Aux Etats-Unis, un consensus règne aussi à l'époque entre les chercheurs et l'administration pour ralentir les recherches dans ce domaine, au nom du respect de l'embryon et à cause des risques de naissances d'enfants anormaux. Cf. Leach (1973).

6. Thomas qualifie ainsi la filiation paternelle qui est « traditionnellement fondée sur une présomption » (1998 : 49).

7. La formule commence à se développer au XIX^e siècle pour finalement s'imposer comme titre d'un roman de René d'Alsace (1926).

8. J'ai ébauché une histoire des prémisses de la procréation artificielle. Cf. Gavarini (1989).

9. Cf. à ce sujet Delaisi de Parseval (1989) ; Delaisi de Parseval & Verdier (1994).

10. Pour de plus amples développements à ce sujet, voir Gavarini (2001).

11. On peut en trouver une première élaboration in Gavarini (1995).

12. Comme je l'avais déjà pointé, elles sont à la fois expertes et législatrices de la normalité des enfants à naître (Gavarini, 1990).

13. Cf. par exemple sa préface à Gavarini (2001).

14. Cf. par exemple *Libération* du 26 juin 2000.

15. Cf. *Diagnostic and Statistical Manual IV* (DSM IV), publié par the American Psychiatric Association.

16. Ce syndrome nommé Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) par la psychiatrie nord-américaine correspond à peu près à ce que l'on nomme classiquement hyperkynésie. Ces enfants sont de plus en plus nombreux et souvent traités, dans toute l'Amérique du nord et nous y arrivons en France, avec une substance qui répond au nom de « ritaline » et qui a pour effet, sinon de les apaiser, de venir à bout de leur agitation, de « bâillonner » leur trouble plutôt que d'essayer d'entendre ce que ces enfants ne parviennent pas à mettre en mots.

17. Sur les ondes de « France culture » le 25 avril 2000.

18. Toutefois, la dite opinion dominante est sensible aux précautions éthiques concernant l'usage général des tests – par exemple, le refus qu'ils soient utilisés à des fins de discrimination sociale, au profit de la sélection professionnelle ou des assurances. Cf. à ce sujet Comité consultatif national d'éthique (1995).

RÉSUMÉS

Le discours médico-technique tant à propos des dites « nouvelles » techniques de procréation, que de la filiation et du corps, est ici envisagé, au-delà de sa rhétorique officielle (désir d'enfant, progrès thérapeutiques, « droit à l'enfant » « droit à être normal », émancipation de la « nature », etc.), sous ses aspects imaginaires. L'artificiel, la procréation hors-corps et hors-sexe, la demande d'enfant adressée à la médecine, le code et la carte génétiques ont à être subjectivés et représentés socialement. Le biopouvoir est aujourd'hui également discursif : il s'agit de produire du sens scientifique à visée anthropologique. Car, loin d'offrir réellement les vertus émancipatrices que leur prêtent les médias, voire un certain discours scientiste et militant, les techniques dessinent une nouvelle normativité dans laquelle le biologique, si ce n'est la biologisation, occupent une place inédite.

This paper examines medical-technical discourse concerning the so-called « new » reproductive technologies, filiation and the body, going beyond its official rhetoric (the desire for a child, therapeutic progress, « the right to have a child », « the right to be normal », emancipation from « nature », etc.), to consider its imaginary aspects. Artificiality, procreation without sexual intercourse and outside the body, the public's demand for children projected onto the medical field, as well as genetic mapping and codes, all have to be socially represented and become part of intimacy and subjectivities. Contemporary bio-power is also discursive: it is a question of producing scientific meaning with an anthropological perspective. Far from in fact offering the emancipatory virtues attributed to them by the media, or indeed a certain scientific or activist discourse, these techniques mark out a new normativity in which the biological, if not a process of biologisation, occupies an unprecedented position.

INDEX

Keywords : biologisation, biology and subjectivity, biotechnologies, bio-power, imagination, reproductive technologies, social representations, techno-medical discourse

Mots-clés : biologie et subjectivité, biologisation, biopouvoir, biotechnologies, discours techno-médical, imaginaire, procréation médicalement assistée, représentations sociales

AUTEUR

LAURENCE GAVARINI

Université Paris VIII